

CC 270

CC 270

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA**

**AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES PORTADORES DE
ESOFAGITE DE REFLUXO SUBMETIDOS A FUNDOPLICATURA TIPO LIND
UTILIZANDO CRITÉRIO DE VISICK.
ANÁLISE DE PACIENTES DA GRANDE FLORIANÓPOLIS INTERNADOS NO
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS**

**Florianópolis
1996**

VITOR ALEXANDRE GEVAERD JÚNIOR

**AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA EM PACIENTES PORTADORES DE
ESOFAGITE DE REFLUXO SUBMETIDOS A FUNDOPLICATURA TIPO LIND
UTILIZANDO CRITÉRIO DE VISICK.
ANÁLISE DE PACIENTES DA GRANDE FLORIANÓPOLIS INTERNADOS NO
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação em Medicina da
Universidade Federal de Santa
Catarina**

Orientador: Dr. Marcelo B. Teive

**Florianópolis
1996**

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Marcelo B. Teive, pelo apoio e orientação.

Aos colegas que me ajudaram a concluir este trabalho.

Aos estatísticos Gisele F. Pellegrini e Sílvia M. Nassar

SUMÁRIO

	Pg.
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Metodologia.....	9
Resultados.....	13
Discussão.....	16
Conclusão.....	20
Referências.....	21
Anexos	

RESUMO

Foram analisados 25 pacientes (16 homens e 9 mulheres) residentes na grande Florianópolis, com diagnóstico de esofagite de refluxo e hérnia hiatal , submetidos à fundoplicatura tipo Lind no Hospital Governador Celso Ramos no período entre 1983 a 1994. No período pré- operatório, estes pacientes apresentavam como sintomas mais frequentes: pirose (84%); dor (68%); eructação (52%); regurgitação. Após a cirurgia, num período pós-operatório que variou entre 16 e 159 meses, os 25 pacientes foram questionados a respeito dos sintomas atuais e enquadrados na classificação segundo critério de Visick. Cerca de 84% dos pacientes apresentaram resultados satisfatórios (grau I e II) enquanto que apenas 36% obtiveram resultados insatisfatórios.

ABSTRACT

Between 1983 and 1994 25 patients (16 men and 9 women) that live in great Florianópolis, Santa Catarina, Brazil with reflux esophagitis and hernia hiatal diagnosed and that underwent Lund's fundoplication. Before the operation the most frequent symptoms were: heartburn (84%), pain (64%), eructation (52%), regurgitation (44%). After surgery, in the pos-operation period between 16 and 159 months the 25 patients were asked for the current symptoms. They were classified according to Visick criteria. About 84% fo the patients showed satisfactory results (degrees I and II) while only 36% achieved an unsatisfactory outcome.

INTRODUÇÃO

Define-se esofagite de refluxo (ER) como a inflamação difusa no esôfago, provocada pelo refluxo gastroesofágico^{01,02}. O termo Doença do Refluxo Gastroesofageano (DRGE) é mais utilizado, pelo fato de que abrange uma série de afecções causadas pelo refluxo, inclusive a esofagite.⁰³

À princípio, o refluxo também está presente em condições fisiológicas como na deglutição; mas quando a frequência do refluxo aumenta, há uma maior exposição do esôfago, surgindo então, uma condição patológica que propicia o aparecimento da DRGE e conseqüentemente da esofagite. A literatura consultada indica que esta afecção tem uma grande prevalência na população geral, cerca de 20%.⁰³

A DRGE de uma maneira geral, tem como fatores predisponentes: 1) hérnia hiatal (HH), que na maioria das vezes acompanha o quadro DRGE. É dividida em h.h. por deslizamento (HHD), H.H. paraesofágica (HHP), h.h. mista (HHM), sendo que a primeira aparece com maior frequência^{03,04,05}; 2) condições que elevam a pressão abdominal como obesidade, gravidez, ascite, constipação, exercícios físicos pronunciados; 3) alteração motora esofágica como aquela provocada pela esclerodermia; intubação nasogástrica prolongada;^{03,04} 5) calásia; 6) sind. de Mallory-Weiss; 7) esvaziamento gástrico alterado.

Os estudos da fisiopatologia, até pouco tempo atrás, eram voltados para as alterações das estruturas anatômicas (entrada oblíqua do esôfago no estômago, roseta da mucosa gástrica ao nível do cárdia, elementos de fixação do estômago, entre outros) como explicação do refluxo. Nas últimas décadas, a fisiopatologia do refluxo é explicada não só pelo aspecto anatômico, mas também fisiológico (neurohumoral), tendo assim, os seguintes fatores:^{01,03} 1) alteração na eficiência do mecanismo anti-refluxo (como a diminuição do tônus do esfíncter esofageano inferior)^{06,07,08}; 2) volume e tempo de esvaziamento do conteúdo gástrico; 3) agressividade e natureza do material refluído; 4) resistência do tecido esofágico à agressão; 5) eficiência do "clearance" esofágico.

Normalmente estes fatores, atuam de forma equilibrada, mas quando há um desequilíbrio, surgem condições para o aparecimento da DRGE.

As complicações mais comuns do DRGE são: hemorragia, perfuração, estenose, aspiração e esôfago de Barret.⁰⁹ O diagnóstico é realizado com anamnese, exame físico associado com exames complementares como: esofagograma, endoscopia, manometria, prova de perfusão de ácido e pHmetria^{06,10,11,12,13,14}. Mas pelas dificuldades encontradas em nosso meio, o diagnóstico é firmado com dados da anamnese e exame físico associado a endoscopia e eventualmente com estudo radiológico, sendo que a endoscopia é o melhor para estudar a esofagite.^{01,08,13,15}

O diagnóstico diferencial deve ser feito com doenças coronarianas, biliares, péptico-ulcerosas, pépticas e alterações motoras, já que estas doenças podem traduzir sintomas semelhantes à DRGE.

Inicialmente é instituído o tratamento clínico, onde são realizadas alterações comportamentais e alimentares, com o objetivo de reduzir ou prevenir o refluxo.⁰³ Após esta primeira tentativa, inicia-se a terapia medicamentosa (antiácidos, bloqueadores dos receptores H₂, sucralfato, inibidores da bomba protônica e agentes procinéticos).⁰³

Quando o tratamento clínico é refratário ou a afecção se apresenta de forma complicada, o tratamento cirúrgico é indicado.¹⁶ Cita-se como principais indicações: má resposta ao tratamento clínico; esofagite moderada ou intensa; perfuração do esôfago; estenose esofágica; esôfago de Barret; úlcera esofágica com hemorragia; esôfago curto; HH quando acompanhada com esofagite.

É utilizado mais comumente em nosso meio, a funduplicatura como tratamento cirúrgico. Existem diversas técnicas para o tratamento do refluxo e indiretamente a hérnia hiatal quando esta coexistir. A técnica mais utilizada no período do estudo foi a de Lind⁰⁵, sendo que Acquaroni , foi o primeiro a utilizá-la no Brasil .^{01.07.09,10}

O princípio desta cirurgia é criar um neo-esfíncter ao nível do esôfago distal.

O presente estudo tem como intuito, realizar um "follow-up" tardio, utilizando a classificação de Visick ^{07,17,18,19,20} nos pacientes submetidos apenas a funduplicatura tipo Lind no período compreendido entre janeiro de 1983 à dezembro de 1994, já que os mesmos não tiveram acompanhamento pós-operatório. Em trabalhos anteriores foram realizados o mesmo tipo de análise, só que a amostra estudada compreendia pacientes não só submetidos a funduplicatura tipo LIND mas também com outra cirurgia associada (por exemplo, vagotomia, piloroplastia, colecistectomia, gastrectomia, entre outras) ou condição associada (colecistectomia, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastrite, duodenite, cardiopatia, entre outras).

METODOLOGIA

Este estudo, tem como objeto de análise, 83 pacientes submetidos à cirurgia de fundoplicatura (técnica de Lind)⁰⁵, no Hospital Governador Celso Ramos no período de janeiro de 1983 à dezembro de 1994 .

Inicialmente o autor fez análise dos prontuários, buscando dados (a identificação do paciente, data de nasc., idade, endereço, queixa pré-op., data de cirurgia, tipo de cirurgia, cirurgias ou afecções que poderiam interagir no estudo, endoscopias e/ou radiografias pré-operatório) para o preenchimento do protocolo de rastreamento (ANEXO I).

Dos 83 pacientes analisados inicialmente, foram descartados 15 pacientes, por apresentarem afecções (3 com hepatopatias, 4 com esofagopatia, 3 com colecistopatia e 2 com cardiopatias) ou cirurgias associadas (2 com Hill associado e 1 com vagotomia super-seletiva), que interferem diretamente no estudo. Outros 15 pacientes foram descartados pelo fato de não residirem na grande Florianópolis.

Numa segunda etapa, utilizando-se o método “busca ativa” , o autor foi à campo para localizar os 53 pacientes restantes para responderem um protocolo devidamente preestabelecido (ANEXO II). Nesta etapa foram excluídos 28 pacientes , 2 dos quais haviam falecido e 26 que não foram localizados em seus respectivos endereços. Ao final, restaram 25 pacientes para fazer o estudo utilizando a classificação segundo critério de Visick.^{07,17,18,19,20}

CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO CRITÉRIO DE VISICK 07.17.18.19.20

Grau I- Ausência de sintomas gastrointestinais após a cirurgia. Resultado: excelente.

Grau II- Sintomas leves, como desconforto após as refeições, intolerância alimentar, mal-estar, sendo controláveis com repouso e restrição alimentar. Resultado: bom.

Grau III- Presença de sintomas não controláveis com cuidados gerais, como diarreia, vômito, dor epigástrica. Resultado: insatisfatório.

Grau IV- Recidiva ou complicação da doença. Resultado: mau.

TÉCNICA CIRÚRGICA APLICADA (TÉCNICA DE LIND) 05.07.10

A região da junção esofagogástrica é abordada através de laparotomia mediana supra-umbilical. O ligamento triangular, eventualmente, é ressecado, com o objetivo de liberar o lobo hepático esquerdo melhorando a visualização do hiato diafragmático, com o seu deslocamento para a direita.

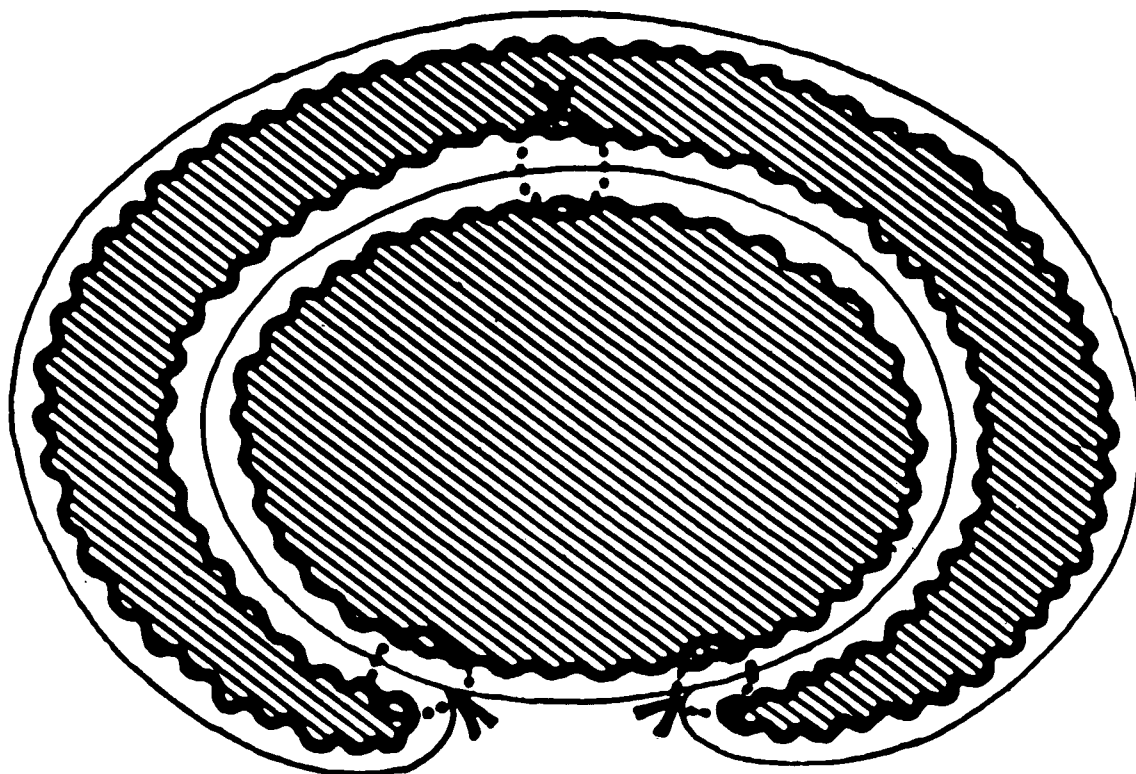
Esta manobra deve ser cuidadosa, pois pode haver ruptura de vasos supra-hepáticos responsáveis pela drenagem da região a ser deslocada.

O peritônio e membrana frenoesofágica são seccionados, o ligamento gastro-hepático é parcialmente seccionado (5 a 6 cm) evitando a secção do ramo hepático do vago e dos vasos gástricos, melhorando ainda mais o deslocamento do fígado para a direita. Após manobras para melhor visualização do hiato diafragmático, os braços do pilar medial diafragmático são isolados. Coloca-se um dreno em volta da junção esôfago-gástrica e vago, com a finalidade de isolar as estruturas e tracioná-las em sentido caudal. O ligamento de vasos curtos e a secção parcial de ligamento gastro-esplênico são realizados para liberação do fundo gástrico e conseqüentemente evitando tração e lesão do baço. Secciona-se a reflexão peritoneal (onde o fundo gástrico está relacionado com a cauda do pâncreas).

A aproximação dos braços do pilar diafragmático é eventualmente realizada, para o ajuste do hiato diafragmático. No presente estudo, este procedimento não foi realizado.

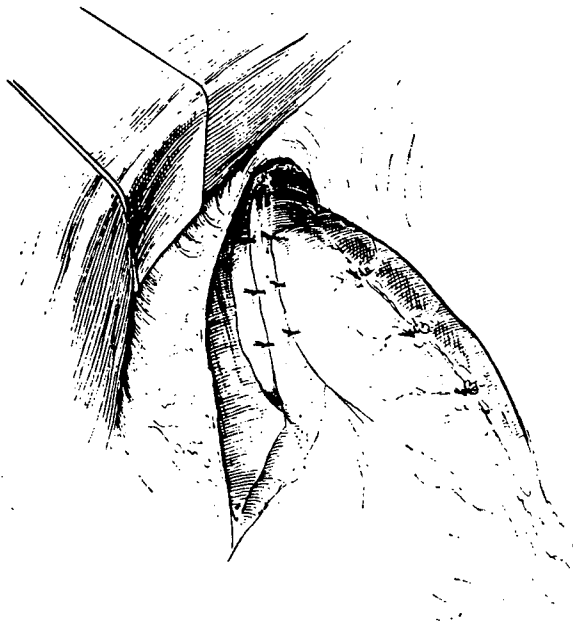
A face posterior do esôfago é envolvida pelo fundo gástrico, o qual é fixado à borda direita e a borda anterolateral esquerda do esôfago. A fixação é feita por pontos separados, com fio de algodão 00 e englobam as camadas musculares de ambos os órgãos sem atingir a mucosa (figura 1).

Figura 1: Técnica de Lind



O envolvimento do esôfago pelo estômago é cerca de 270° (figura 2). Deve-se ter cuidado para não estreitar o calibre esofágico. A válvula anti-refluxo estende-se da junção esofagogástrica para cima numa extensão de cerca de 6 cm.

Figura 2: Corte transversal em região esofagogástrica para demonstração da técnica de Lind

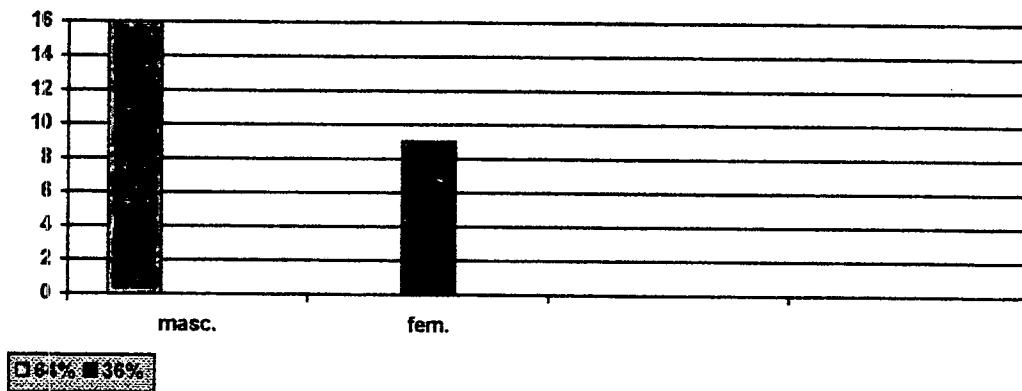


esquema apud Acquarone, 1967

RESULTADOS

O grupo estudado apresentou idades que variaram entre 17 e 69 anos apresentando uma média de 41,04 anos, sendo que 16 (64%) eram homens e 9 (36%) eram mulheres (ver gráfico 1).

Gráfico 1: Divisão dos Pacientes por sexo



Os sintomas mais comuns no período pré-op. foram: pirose 84% (21 pacientes), dor 68% (17 paciente.), eructação 52% (13 pacientes), regurgitação 44% (11 pacientes),

vômitos 28% (7 pacientes), hematêmese 16% (4 pacientes), disfagia 12% (3 pacientes.), outros sintomas como plenitude e náusea 12% (3 pacientes) (ver Tabela 1)

Dos 25 pacientes, 17 apresentavam endoscopia pré-op., registradas no prontuário e os 8 pacientes restantes, o resultado da endoscopia não constava no prontuário. Destes 17 pacientes, todos (100%) apresentavam hérnia hiatal por deslizamento e esofagite, sendo que 9 (36%) tinham esof. grau I; 2 (8%) com grau II; 16 (24%) com grau 3; segundo a classificação de Allison. O tempo de follow-up variou entre 16 a 159 meses (média de 114,04 meses).

Tabela 1 - Sintomas Pré-operatórios

Sintomas	nº	%
Pirose	21	84
Dor	17	68
Erução	13	52
Regurgitação	11	44
Vômitos	07	28
Hematêmese	04	16
Disfagia	03	12
Outros	03	12
Total	25	100

A distribuição dos pacientes segundo a classificação de Visick foi: 12 pacientes (48%) em grau I, 9 pacientes (36%) em grau II, 2 pacientes (8%) em grau III e 8 pacientes (8%) em grau IV.

Tabela 2. - Visick × PPO

	n° pte.	Período Pós-Op. (meses)		
		mín.	média	máx.
VISICK I	12	16	95,83	151,0
VISICK II	9	81	126,44	153
VISICK III	2	145	152,0	159
VISICK IV	2	106,0	129,5	153,0

DISCUSSÃO

Décadas atrás, acreditava-se que as alterações esofágicas eram provenientes de infecções, neoplasias ou agentes químicos. Winkelstein (1935), sugeriu em seus trabalhos, que a esofagite era causada pela ação digestiva do suco gástrico. Allison (1940) introduziu o termo Esofagite de Refluxo (ER). Em 1950 o mesmo autor correlacionou a ER com a HH, pois acreditava que a origem do refluxo era proveniente de uma alteração anatômica, já que a correlação é alta. Com o passar dos anos, muitos estudos foram realizados e começou a verificar-se que a HH não causava aumento na prevalência da ER. Em torno da década de 60, estudos começaram a dar importância para as alterações fisiológicas do esfíncter inferior do esôfago (EIE). Hoje, esta linha de raciocínio está bem definida dando destaque ao EIE.^{01,02,03}

Diversas técnicas foram criadas para restabelecer a válvula anti-refluxo como: LOTARD-JACOB, NISSEN, BELSEY-MARK E LIND.⁰¹

Neste estudo, foram analisados 25 pacientes submetidos à cirurgia pela técnica de Lind. Não foi feito nenhum teste estatístico devido ao tamanho da amostra Optou-se por fazer apenas análise descritiva utilizando o método “Before and After”. A idade dos pacientes variou entre 17 e 69 anos com média de 41.04 (DP= 12.47), ficando um pouco abaixo da média apresentada por alguns autores. Em relação ao sexo, vários estudos

revelaram dados antagônicos. Alguns autores, divulgaram em seus trabalhos, uma incidência maior em homens enquanto outros apontam incidência maior em mulheres.^{12,21} Neste estudo o sexo masculino predominou com 16 pacientes (64%).

HH é a passagem do estômago para a cavidade torácica e tem como tipo predominante a HHD, como já foi citado anteriormente.^{04,13,21,22} Sua incidência aumenta quanto maior for a idade do indivíduo. A literatura afirma que a concomitância entre HH e DRGE é alta; sendo que neste estudo, a HH é uma constante (nos 17 pacientes cujas endoscopias estavam registradas em seus prontuários). A coexistência destas duas afecções, não implica em aumento dos sintomas, pois, a HH por si só, quase não provoca sintomas. autores referem que a sintomatologia é proveniente da DRGE, a não ser que a HH seja volumosa, cause compressão extrínseca e conseqüentemente sintomas.

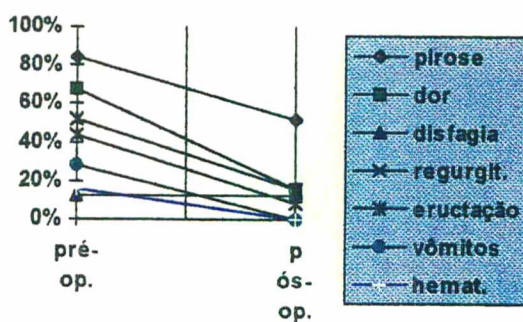
Nos 17 pacientes com endoscopia registrada, todos apresentam esofagite, em graus variados (9 com grau I, 2 com grau II, 6 com grau III e nenhum caso com grau IV) segundo a classificação de Allison. Justifica-se a utilização desta classificação, pelo fato de que na época em que os pacientes foram submetidos a endoscopia, esta classificação estava em vigor. Atualmente, a classificação utilizada em nosso meio é a de Savary-Miller, cujas principais ^{04,13,23} Algumas diferenças em relação a classe anterior são: não considerar hiperemia e edema de mucosa (grau I na class. de Allison) como esofagite; considerar grau I, II e III os esôfagos que apresentarem lesões erosivas (dependendo do tamanho da lesão) e considerar a ulceração da mucosa como complicação⁰⁷(tabela 3). A DRGE tem um quadro clínico que varia desde o paciente assintomático até pacientes com um quadro clínico importante, dependendo da intensidade com que fatores predisponentes atuam. Seus principais sintomas são: pirose, dor, regurgitação, vômitos e hematêmese; sendo que os dois primeiros são os mais importantes. Concordando com a literatura, pirose (84%) e dor (64%) foram os sintomas mais evidentes, na análise pré-operatória.¹³ Com a intervenção cirúrgica, os percentuais dos sintomas diminuíram consideravelmente (gráfico 2).

Tabela 3- Classificação Endoscópica de Savary-Miller

grau I	Erosões não confluentes, próximas à transição epitelial, ovulares ou lineares ou triangulares;
grau II	Erosões confluentes, sem atingir toda a circunferência do órgão;
grau III	Erosões confluentes, comprometendo toda a circunferência do órgão, com edema, hiperemia, friabilidade e sangramento;
grau IV	A- úlcera esofágica, Barret B-estenose péptica

Analisando a amostra pela classificação de Visick, a maioria dos pacientes, 12 e 9 pacientes, se enquadraram nos graus I e II respectivamente, enquanto que 2 no grau III e 2 no grau IV.^{07,17,24} Estudos prévios, comentam sobre a relação entre sucesso da cirurgia e a qualificação do cirurgião, ou seja, quanto mais apurada estiver sua técnica melhor seus resultados.

Gráfico 2 - Comparação entre sintomas pré e pós-operatório



A classificação de Visick foi inicialmente preconizada para análise pós-op. de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de úlcera duodenal mas foi modificada por Golincher para ser utilizada em outros tipos de análise.^{07,17,25}

A relação entre PPO e Visick dessa amostra, revelou que os pacientes com Visick de maior grau tem a média de tempo maior do que os pacientes com Visick em menor grau. Estes resultados não podem refletir a realidade de uma população pois, além da amostra ser pequena, o número de pacientes nos graus III e IV é pequeno. Apesar disso, alguns trabalhos na literatura afirmam que, quanto maior o PPO, a piora dos sintomas são mais evidentes.¹² Na entrevista, o autor perguntou aos pacientes cujos graus eram II, III e IV, se em algum período pós-op. eles passaram sem sintomas. Em geral, eles referiram uma melhora imediatamente a cirurgia, mas com o passar dos anos os sintomas voltaram em menor, igual ou maior intensidade.

A avaliação pelo Visick é muito importante pois determina grau de satisfação do paciente, só que pelo fato de ser um método de avaliação subjetivo, não podemos associar a existência ou não da esofagite. Há casos em que o paciente tem uma graduação mais baixa e persistência da esofagite enquanto outros, apresentam graduação mais alta e não apresentam nenhum sinal de esofagite. Por isso, temos que associar a investigação pelo Visick, com um exame complementar. Neste caso, estaria indicado a realização de um estudo endoscópico.

Posteriormente, estes mesmos 25 pacientes serão recrutados novamente, para serem submetidos à endoscopia, visando dar continuidade e melhorar a avaliação pós-operatória.

CONCLUSÃO

Com a análise dos resultados obtidos dos 25 pacientes e da literatura, concluimos que:

- a) A HH está frequentemente associada com a DRGE
- b) A DRGE se manifesta principalmente com pirose (84%) e dor (68%);
- c) A maioria dos pacientes (84%) analisados obtiveram grandes benefícios (VISICK I e II com a cirurgia aqui analisada;
- d) A prevalência da DRGE é bem distribuída quando a relacionamos com a idade, concordando assim, com a literatura;
- e) Há necessidade de somar o resultado do Visick com o exame endoscópico, já que há uma certa discordância entre o grau de satisfação e o grau de esofagite na endoscopia.

REFERÊNCIAS

- 01.SOUZA, Rogério de; SILVA, Elias Ferreira da. Esofagite de refluxo. Revisão bibliográfica. Florianópolis: UFSC, 1977. Trabalho de Conclusão de Curso- Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 02.DODDS, Wylie j., HOGAN, Walter J., HELM, James F. , DENT, John. Pathogenesis of reflux Esophagitis. Gastroenterology, v. 81, p. 376-394, 1981
- 03.MORAES FILHO, Joaquim Prado P. de-Doença do refluxo gastroesofágico. In DANI, Renato, CASTRO, Luiz de Paula. Gastroenterologia Clínica. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.1, cap. 27, p. 372-384
- 04.PRÍCOLI, Thomaz Imperatriz. Hérnia hiatal. Ars Cvrandi, v.14, n. 5, p. 65-74, 1981.
- 05.LIND, J.F.; BURNS, C. M.; MACDOUGALL, J. T. - "Physiological" repair for hiatus hernia - Manometric study. Arch. Surg., v. 91, p. 233-37, 1965.
- 06.SALGADO, Raul Mederos; QUINTANILLA, Raul A. Brizuela; FREYRE, Irma Garcia; SOLER, Enrique Arus; RODRIGUEZ Agliberto Galvéz; ESTRADA, Silvia Franco; LORENZO Marlén Pérez. Hernia hiatal y enfermedad por reflujo gastroesofagico. Rev. Cub. Med., v. 30, n.3, p. 157-162, 1991.
- 07.JUSTO E SILVA, Carlos Alberto, DAMERAU, Ernesto Francisco, VIEIRA, Jairo, LOPES, Aldemar; d'ACAMPORA, Armando José, CUNHA, Viriato João Leal da, TAKIMOTO, Nário, RIBAS, Ana Carolina Sepetiba, SCHEINPFLUG, Elise. Resultados obtidos com o uso da cirurgia de Lind na prevenção ou tratamento da hérnia hiatal e esofagite de refluxo. Arq. Cat. Med., v.22 n.3, p.165-177, 1993.
- 08.JONSELL, Gösta. The incidence of sliding hiatal hernias in patients was gastroesophageal reflux requiring operation. Acta Chir. Scand. , v.149, p. 63-67, 1983.

09. PINOTTI, Henrique Walter, GAMA-RODRIGUES, Joaquim José, ELLENBOGEN, Germano, RAIÁ, Arrigo. Esofagite de refluxo. Estudo clínico e das modificações morfológicas do esôfago no pós-operatório. Rev. Ass. Med. Bras. v. 26, n. 6, 1980.
10. GAMA-RODRIGUES, Joaquim José. Hérnia hiatal por deslizamento. Esofagogastropexia associada à hiatoplastia. Avaliação clínica, morfológica e funcional. São Paulo, 1974. (Tese-Medicina-Faculdade de Medicina da universidade de São Paulo). 1974
11. GAMA-RODRIGUES, Joaquim José, ISHIOKA, Shinichi, SAKAI, Paulo, FREITAS, Ivanil M., POLLARA, Wilson M., BETTARELLO, Agostinho, PINOTTI, Henrique Walter, Raia, Arrigo. Esofagite de refluxo por hérnia hiatal. Estudo eletromanométrico do esfíncter inferior do esôfago e prova de refluxo antes e após tratamento cirúrgico. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. Univ. São Paulo, v.36, n.1, p. 13-17, 1987.
12. BRAND, Douglas L., EASTWOOD, Ivan R., MARTIN, Doris, CARTER, William B., POPE, Charles E. Esophageal symptoms, manometry and histology before and after antireflux surgery: a long-term follow-up study. Gastroenterology, v. 76, p. 1393-1401, 1979.
13. OLIVEIRA, Celso Affonso, LIMA, Geraldo Ferreira, ANDRADE, José de Souza SERRA, Aloísio Albuquerque C., CÂMARA, Carlos Roberto dos Anjos, ASSIS, José Salvador de, OLIVEIRA, Luiz Eduardo, BITTENCOURT, Maria de Fátima M., OLIVEIRA, Mário René de, SANTOS Welinton Barbosa dos. Hérnia hiatal esofagite de refluxo: estadiamento endoscópico da doença do refluxo gastroesofágico. Rev. Goiana. Med., v. 34, n. 34, p. 117-143, 1988.
14. HILL, Lucius D.. An Effective operation for hiatal hernia. An eight appraisal. Ann. Surg., v. 166, p. 681-692, 1967.
15. POPE, Charles E. Progress in gastroenterology. Pathophysiology and diagnosis of reflux esophagitis. Gastroenterology, v. 70, p. 445-54, 1976.
16. BELSEY, Ronald H. R.. Gastroesophageal reflux. Am. J. Surg., v. 139, June, 1980.
17. NIGRO, Amaury José Teixeira, ERREIRA, Eduardo Jorge, MARTINS, Maria de F. S., ROSA, Vanderlei de A., SILVA, Ygor Borges. Análise crítica de oito anos de cirurgia eletiva de úlcera duodenal. Rev. Bras. Med. vol. 47, n. 10, 1990.
18. MYLLÄRIEMI, Hannu; SAARIO Ilkka. A new type of sliding hiatus hernia. Ann. Surg., v.202, n.2, p. 159-161, aug. 1985.
19. VISICK, A. H. The study of failures after gastrectomy. Ann. R. Coll. Surg. Engl., v. 3, p. 266-284, 1948.

20. LOUSTARINEN, M. Nissen fundoplication for reflux esophagitis: long-term clinical and endoscopic results in 109 of 127 consecutive patients. Am. Surg., v. 217, n. 4, p. 329-337, 1993.
21. VASCONCELLOS, Djalma, ESPINELLI, José Nonato. Hérnia hiatal. Estudo clínico de 255 casos. AMB., Rev. Assoc. Méd. Bras., v. 27, n. 1, p. 23-25, 1981.
22. MORAN, John M., PIHL, C. Owe, NORTON, R. A., RHEINLANDER H. F. The hernia-reflux complex. Current approaches to correction and evaluation of results. The Am. Jour. Surg., v. 121, p. 403-411, april 1971.
23. TRAPANI JÚNIOR, Alberto, GRILLO, Eugênio. Hérnia hiatal. Florianópolis: UFSC, 1987. Trabalho de Conclusão de Curso.- Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina.
24. ESCANDELL, A. Ortiz, HARO, L. F. Martinez, PARICIO, P. Parrilla, ALBASINI, J. L. Aguayo, MARCILLA, J. A. Garcia, CUENCA, G. Morales. Surgery improves defective oesophageal peristalsis in patients with gastro-oesophagel reflux. B. J. Surg., v. 78, n. 9, p. 1095-1097, 1991.

ANEXO I

Número do prontuário:	Nome:
Data de nasc.:	Idade:
Endereço:	
Ponto de Referência:	Fone de Contato:
Médico Atendente	
Sintomas Pré-Op.	
Endoscopia Pré-Op.	

ANEXO II

1)NOME: _____

2)NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

3)IDADE: _____ 4)SEXO: _____

5)SINTOMAS ATUAIS:

Dor sim() não()

Eructação sim() não()

Regurgitação sim() não()

Vômitos sim() não()

Hemorragia sim() não()

Disfagia sim() não()

Pirose sim() não()

Outros: _____ sim() não()

6)DATA DA CIRURGIA:

___/___/___

7)CLASSIFICAÇÃO DE VISICK: _____.

TCC
UFSC
CC
0270

N.Cham. TCC UFSC CC 0270

Autor: Gevaerd Junior, Vi

Título: Avaliação pós-operatória em paci



972809891

Ac. 253092

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM